COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

MANUEL D'INSTRUCTIONS

Le présent manuel d'instructions est un outil pour assister la personne qui complète la Déclaration afin d'être autorisé à exercer la profession médicale en société (ci-après «Déclaration»). L'obligation de produire la Déclaration découle de l'application du Règlement sur l'exercice de la profession médicale en société (ci-après «Règlement») et son texte a préséance sur ledit manuel. Il faut consulter les statuts constitutifs de la société par actions ou le contrat constituant la société en nom collectif à responsabilité limitée afin de s'assurer de l'exactitude des informations à déclarer.

La Déclaration peut être imprimée et remplie en lettres moulées, ou elle peut aussi être sauvegardée et remplie à l'écran avant d'être imprimée. Elle doit ensuite être transmise par la poste au Collège des médecins du Québec (ci-après «Collège»), à l'ordre du Secrétaire adjoint, et être dûment signée et accompagnée de tous les documents requis.

***Mise à jour annuelle** Le médecin doit mettre à jour à chaque année au moment du paiement de sa cotisation annuelle les renseignements concernant la société. Une section concernant l'exercice de la profession médicale en société est incluse dans la Déclaration annuelle. Des frais de 25$ seront alors facturés.*

***Mise à jour courante** Le médecin doit aviser par écrit le secrétaire du Collège de toute modification aux renseignements transmis dans sa Déclaration. Cet avis doit être transmis par la « Déclaration modificative afin d'être autorisé à exercer la profession médicale en société » et doit être reçu par le secrétaire du Collège dans les trente (30) jours suivant la modification. Le médecin doit notamment aviser de l'ajout d'associés ou d'actionnaires, de l'annulation de la garantie visée à la section III du Règlement (ci-après «garantie excédentaire»), de la dissolution, de la cession de biens, de la faillite, de la liquidation volontaire ou forcée de la société ou de toute cause de nature à constituer un empêchement de poursuivre ses activités auprès de la société.*

SECTION 1 – MEMBRE / RÉPONDANT

La personne qui complète la Déclaration inscrit le nom, le prénom et le numéro de permis du membre / répondant. Ce dernier est obligatoirement un médecin inscrit au Tableau de l'Ordre.

Conformément à l'article 17 du Règlement, le répondant peut, au nom des médecins exerçant au sein de la société, remplir les conditions prévues à l'article 3 lorsque la société au sein de laquelle il exerce sa profession comporte plus d'un médecin. Le répondant est alors mandaté par ces médecins pour répondre aux demandes formulées, en application du Règlement, par le syndic, un syndic adjoint, un syndic correspondant, un inspecteur, un enquêteur, un membre du comité d'inspection professionnelle ou un autre représentant du Collège et pour fournir, le cas échéant, les documents que les médecins sont tenus de transmettre. Le répondant doit s'assurer de l'exactitude des renseignements fournis au Collège.

SECTION 2 - IDENTIFICATION DE LA SOCIÉTÉ

La personne qui complète la Déclaration inscrit le nom ou la dénomination sociale de la société, le numéro d'entreprise au Québec de la société (NEQ), ainsi que l'adresse complète de son siège, de son principal établissement ou de sa principale place d'affaires si l'adresse est différente.

***La dénomination sociale** doit être conforme aux lois et aux règlements applicables. Il est interdit au médecin, par quelque moyen que ce soit, de faire une représentation fausse, trompeuse ou incomplète au public ou à une personne qui recourt à ses services, notamment quant à son niveau de compétence ou quant à l'étendue ou à l'efficacité de ses services et de ceux généralement assurés par les membres de sa profession. Aussi, le nom de la société ne doit pas être trompeur relativement aux activités qui sont exercées en son sein. Il ne doit pas non plus être utilisé par une autre entreprise ni prêter à confusion avec un nom déjà utilisé, et être en français ou contenir une version française. La S.E.N.C.R.L. doit obligatoirement indiquer correctement sa forme juridique en indiquant l'expression « société en nom collectif à responsabilité limitée » dans son nom ou le sigle «S.E.N.C.R.L.» à la suite de son nom. Aussi, le nom de la compagnie qui ne comprend pas l'expression «compagnie» ou «société par actions» doit comporter, à la fin, l'expression «inc.», «s.a.» ou «ltée» afin d'indiquer qu'elle est une entreprise à responsabilité limitée.*

Il est également permis d'inscrire dans le nom de la société ou à la suite de celui-ci l'expression «société de professionnels régie par le Code des professions» ou le sigle «SPRCP», permettant ainsi de distinguer les sociétés formées de professionnels des sociétés formées de personnes non assujetties à un encadrement légal, mais cette mention n'est pas obligatoire. Pour les sociétés à dénomination numérique (ex. 1234-5678 Québec inc.), elles sont permises. Cependant, la dénomination sociale "utilisée" pour le public devra être une dénomination conforme exprimée en lettres (ex. Clinique médicale Dr Tremblay). Ainsi, la société devra exercer ses activités professionnelles sous un nom autre que sa dénomination numérique. De plus, la dénomination sociale exprimée en lettres devra être indiquée à la section 3 de la Déclaration et à la section intitulée "Autres noms utilisés au Québec" sur le site Web du Registraire des entreprises du Québec.

Le numéro de NEQ *est obtenu lors de l'immatriculation de la société au Registraire des entreprises du Québec.*

Le siège de la société *peut être établi à l'adresse du professionnel qui a procédé à l'incorporation. Toutefois, le membre / répondant doit obligatoirement inscrire à la section 5 de la Déclaration le nom et l'adresse complète de(s) l'établissement(s) ou de la (des) place(s) d'affaires de la société. Il faut utiliser l'annexe A en cas de manque d'espace.*

SECTION 3 - AUTRES NOMS OU DÉNOMINATIONS SOCIALES UTILISÉS PAR LA SOCIÉTÉ

Si la société utilise d'autres noms ou dénominations sociales que le nom ou la dénomination sociale déclaré à la section 2*, la personne qui complète la Déclaration inscrit les noms ou dénominations sociales utilisés par la société dans l'exercice de ses activités. Tous les noms et dénominations sociales utilisés doivent être déclarés.*

SECTION 4 – **FORME JURIDIQUE DE LA SOCIÉTÉ**

La personne qui complète la Déclaration doit cocher la case appropriée afin d'identifier la forme juridique de la société. Elle doit également cocher la case appropriée afin d'indiquer s'il s'agit ou non d'une continuation d'une société en nom collectif (SENC) en SENCRL. Enfin, elle doit indiquer la nature des principales activités professionnelles exercées au sein de la société. ***Ces activités se doivent d'être des activités professionnelles médicales****.*

SECTION 5 – NOM ET ADRESSE COMPLÈTE DE TOUS LES AUTRES ÉTABLISSEMENTS / PLACES D'AFFAIRES

Si la société a des établissements ou places d'affaires autres que celui indiqué à la section 2, la personne qui complète la Déclaration inscrit le nom et l'adresse complète de ces établissements ou places d'affaires. Tous les établissements et places d'affaires de la société doivent être déclarés. Il faut utiliser l'annexe A en cas de manque d'espace.

Le bureau ou la clinique d'un médecin *constitue un établissement et devra être indiqué à la Déclaration. Quant à* ***l'hôpital*** *auquel un médecin est rattaché pour l'exercice de sa profession, celui-ci ne constitue pas un établissement, à moins que la société y possède un bureau identifié à son nom ou une ligne téléphonique ou une adresse postale ou s'il s'agit du seul lieu où le médecin exerce ses activités.*

SECTION 6 – LISTE OBLIGATOIRE DE TOUTES LES <u>PERSONNES PHYSIQUES</u> AYANT UN RÔLE DANS LA SOCIÉTÉ (ASSOCIÉ OU ACTIONNAIRE, DIRIGEANT, ADMINISTRATEUR, EMPLOYÉ ET AUTRES)

La personne qui complète la Déclaration doit remplir les cases appropriées en répondant à toutes les questions pour chaque personne physique ayant un rôle dans la société. À noter que le terme «employé» vise uniquement les médecins inscrits au Tableau de l'Ordre. Les «autres employés» (ex. secrétaire) n'ont pas à être déclarés.

La sous-section MEMBRE / RÉPONDANT doit être complétée dans tous les cas, tandis que la sous-section PERSONNE PHYSIQUE doit être complétée seulement *lorsqu'une personne physique autre que le membre / répondant joue un rôle dans de la société. Il faut compléter une sous-section par personne physique et utiliser l'annexe B en cas de manque d'espace.*

On entend par ***«parent»*** *toutes les personnes unies à une autre par un lien de parenté; c'est-à-dire toutes les personnes comprises dans la famille d'un médecin qui est associé ou actionnaire dans la société. On entend par* ***«allié»*** *toutes les personnes unies par alliance; l'alliance étant le lien civil que le mariage fait naître entre chacun des époux et les parents de l'autre. Toute la parenté de chacun des deux devient, par l'effet du mariage, commune à l'autre à titre d'alliance. À noter que le* ***conjoint de fait*** *d'un médecin peut détenir des actions ou des parts sociales sans droit de vote dans la société, et que la parenté du conjoint de fait peut aussi détenir des actions ou des parts sociales sans droit de vote dans la société.*

SECTION 7 – LISTE OBLIGATOIRE DE TOUTES LES <u>PERSONNES MORALES OU AUTRES ENTREPRISES</u> ASSOCIÉES OU ACTIONNAIRES DANS LA SOCIÉTÉ

La personne qui complète la Déclaration ***doit remplir cette section uniquement*** *lorsqu'une ou des personne(s) morale(s) ou autre(s) entreprise(s) détient (détiennent) des actions ou des parts sociales dans la société. Cette personne remplit les cases appropriées en répondant à toutes les questions pour chaque personne morale ou autre entreprise. Il faut utiliser l'annexe C en cas de manque d'espace.*

Lorsque les actions ou les parts sociales de la personne morale ou de l'entreprise sont détenues par une autre entité juridique*, il faut indiquer la dénomination sociale ou le nom de l'entité juridique associée ou actionnaire dans la colonne du tableau intitulée « Nom de l'associé, de l'actionnaire ou de l'administrateur » et compléter l'annexe C pour cette autre entité juridique.*

SECTION 8 – LISTE OBLIGATOIRE DE TOUTES LES <u>FIDUCIES</u> ASSOCIÉES OU ACTIONNAIRES DANS LA SOCIÉTÉ

La personne qui complète la Déclaration ***doit remplir cette section uniquement*** *lorsqu'une ou des fiducie(s) détient(ent) des actions ou des parts sociales dans la société. Cette personne remplit les cases appropriées en répondant à toutes les questions pour chaque fiducie. Il faut utiliser l'annexe D en cas de manque d'espace. À noter qu'il n'est pas requis d'inscrire la liste des bénéficiaires.*

SECTION 9 – ATTESTATION D'ASSURANCE EXCÉDENTAIRE

La personne qui complète la Déclaration doit cocher la case appropriée et joindre le(s) document(s) requis uniquement si la lettre générale de l'Association canadienne de protection médicale (ci-après «ACPM») transmise au Collège n'est pas applicable.

> ***Lorsque la société est formée d'un seul médecin membre de l'ACPM qui exercera au sein de la société,*** *celui-ci doit communiquer avec l'ACPM afin de vérifier si la lettre générale est applicable. Si elle l'est, elle équivaut alors à l'attestation d'assurance requise et aucun document n'est à joindre à la Déclaration.*
>
> ***Lorsque la société est formée de plusieurs médecins membres de l'ACPM qui exerceront au sein de la société, chaque médecin doit communiquer avec l'ACPM*** *afin d'obtenir une confirmation écrite attestant que la société fait l'objet d'une assurance excédentaire.* ***Il faut alors joindre la confirmation écrite de l'ACPM pour chaque médecin qui exercera au sein de la société****.*
>
> ***Lorsque la société est formée d'un ou de plusieurs médecins non-membre(s) de l'ACPM qui exercera ou exerceront au sein de la société,*** *il faut communiquer avec l'assureur privé ou autre autorité compétente afin d'obtenir une confirmation écrite attestant que la société fait l'objet d'une assurance excédentaire.* ***Il faut alors joindre la confirmation écrite de l'assureur ou autre autorité compétente pour chaque médecin qui exercera au sein de la société****.*

SECTION 10 – FRAIS EXIGIBLES

La personne qui complète la Déclaration doit cocher la case et joindre le chèque requis au montant de 250,00$ pour chaque médecin membre du Collège qui exercera au sein de la société. Il doit s'agir d'un chèque à l'ordre du Collège des médecins du Québec.

SECTION 11 – AUTRES DOCUMENTS REQUIS

La personne qui complète la Déclaration doit cocher la ou les case(s) appropriée(s) et joindre une copie du ou des document(s) requis.

> *Pour une* ***société nouvellement constituée****, il s'agit du* ***certificat de constitution*** *émis par le Registraire des entreprises du Québec.*
>
> *Pour une* ***société qui a déjà été créée à d'autres fins*** *que pour l'exercice de la profession médicale et qui a été modifiée afin de répondre aux conditions et modalités du Règlement, pour une* ***continuation d'une SENC en SENCRL****, ou pour une* ***société créée sous la loi d'une autre province canadienne****, il s'agit du* ***certificat d'attestation*** *émis par le Registraire des entreprises du Québec. Ce certificat doit être commandé sur le site internet du Registraire dans la section «Services en ligne».*
>
> *Lorsqu'il s'agit d'une* ***société constituée en vertu de la Loi canadienne sur les sociétés par actions*** *(L.R.C. (1985) c. C-44),* ***il faut joindre, en plus du certificat de constitution ou du certificat attestation selon le cas, une copie du certificat de conformité*** *émis par Industrie Canada.*
>
> *Lorsqu'il s'agit d'une* ***société constituée en vertu d'une loi d'une autre province canadienne, il faut joindre, en plus du certificat d'attestation, une copie de tout document émanant de la province où la société a été créée attestant l'existence de cette dernière.***

SECTION 12 – CERTIFICATION, AUTORISATION ÉCRITE IRRÉVOCABLE ET CONFIRMATIONS

Le membre / répondant doit apposer son nom et prénom, son adresse domiciliaire, le nom de sa société, sa signature, ainsi que la date.

> *Par sa signature, le membre / répondant atteste qu'il est la personne autorisée par la société à signer la Déclaration, que les renseignements déclarés sont complets, conformes et exacts et que les documents requis accompagnent la Déclaration. Il confirme, au nom de la société, que les conditions prévues à l'article 1 du Règlement sont respectées et donne droit, au nom de la société, aux personnes, comités et tribunal visés à l'article 192 du Code des professions, d'exiger de toute personne qui en a la garde la communication et l'obtention d'un document mentionné à l'article 15 du Règlement ou d'une copie d'un tel document. Finalement, il atteste, au nom de la société, que les actions ou les parts sociales détenues ainsi que les règles d'administration de la société respectent les conditions prévues au Règlement.*

SECTION 13 – AIDE-MÉMOIRE

La personne qui complète la Déclaration doit cocher les cases et s'assurer qu'elle a effectué les gestes indiqués. ***La Déclaration et les documents requis doivent être retournés au Collège, à l'attention du Secrétaire adjoint, au 2170 boul. René-Lévesque Ouest, Montréal (Québec), H3H 2T8, Canada.***

Pour toute autre information supplémentaire, il faut s'adresser à la ***Direction des Services juridiques du Collège au (514) 933-4441 poste 5282, ou sans frais au 1 (888) 633-3246 poste 5282, ou par télécopieur au (514) 933-3276.***

COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

DÉCLARATION AFIN D'ÊTRE AUTORISÉ À EXERCER LA PROFESSION MÉDICALE EN SOCIÉTÉ

AVERTISSEMENT : *L'article 4 du Règlement sur l'exercice de la profession médicale en société stipule qu'à défaut de transmettre au Collège, en y joignant les frais afférents, la Déclaration et les documents requis, le médecin n'est pas autorisé à exercer sa profession au sein d'une société. De plus, selon l'article 8, un médecin cesse immédiatement d'être autorisé à exercer sa profession au sein d'une société s'il ne respecte plus les conditions prévues au Règlement ou celles du chapitre VI.3 du Code des professions.*

** Veuillez utiliser des caractères d'imprimerie afin de compléter la Déclaration.*

1 – MEMBRE / RÉPONDANT

Nom du membre / répondant (Prénom, Nom) **:**	**N° de permis :**

2 – IDENTIFICATION DE LA SOCIÉTÉ

Nom ou dénomination sociale :			
NEQ (Numéro d'entreprise au Québec émis par le Registraire des entreprises) **:**			
Adresse			
N° :	**Rue :**		
Municipalité / Ville :	**Province / État :**	**Code postal :**	**Pays :**

3 –AUTRES NOMS OU DÉNOMINATIONS SOCIALES UTILISÉS PAR LA SOCIÉTÉ (A compléter si la société utilise d'autres noms ou dénominations sociales que le nom ou la dénomination sociale déclaré à la section 2. Utiliser l'annexe A au besoin)

Autre nom ou dénomination sociale :
Autre nom ou dénomination sociale :
Autre nom ou dénomination sociale :

4 – FORME JURIDIQUE DE LA SOCIÉTÉ

Forme juridique (Cocher la case appropriée) **:**		
	☐ **SENCRL**	Société en nom collectif à responsabilité limitée
	☐ **SPA**	Société par actions
Est-ce une continuation d'une SENC en une SENCRL?		
	☐ Non	
	☐ Oui	
Nature des principales activités professionnelles exercées au sein de la société :		

5 – NOM ET ADRESSE COMPLÈTE DE TOUS LES AUTRES ÉTABLISSEMENTS / PLACES D'AFFAIRES (Utiliser l'**annexe A** au besoin)

Nom ou dénomination sociale :			
Adresse			
N° :	**Rue :**		
Municipalité / Ville :	**Province / État :**	**Code postal :**	**Pays :**

6 – LISTE OBLIGATOIRE DE TOUTES LES PERSONNES PHYSIQUES AYANT UN RÔLE DANS LA SOCIÉTÉ (ASSOCIÉ OU ACTIONNAIRE, DIRIGEANT, ADMINISTRATEUR, EMPLOYÉ ET AUTRES) (Utiliser l'**annexe B** au besoin)

MEMBRE / RÉPONDANT (À compléter dans tous les cas)

1. **Nom du membre / répondant** (Prénom, Nom) **:**
2. N° permis CMQ :
3. Quel est votre statut ou fonction au sein de la société ? (Cocher tous les choix applicables)
   ☐ Administrateur ☐ Associé (SENCRL) ☐ Actionnaire (SPA) ☐ Employé ☐ Dirigeant ☐ Autres, précisez :
   Veuillez indiquer le pourcentage des droits de vote détenus (si applicable) : %
4. Exercerez-vous votre profession au sein de la société? ☐ Non ☐ Oui
5. Êtes-vous membre de l'ACPM? ☐ Non ☐ Oui Précisez le n° d'adhésion

PERSONNE PHYSIQUE (À compléter seulement lorsqu'une personne physique autre que le membre / répondant joue un rôle dans la société.)

1. **Nom de la personne physique** (Prénom, Nom) :
2. Est-ce que cette personne est membre du CMQ? ☐ Non ☐ Oui
   (Dans l'affirmative, veuillez indiquer son n° permis :
3. Quel est son statut ou sa fonction au sein de la société ? (Cocher tous les choix applicables)
   ☐ Administrateur ☐ Associé (SENCRL) ☐ Actionnaire (SPA) ☐ Employé ☐ Dirigeant ☐ Autres, précisez :
   Veuillez indiquer le pourcentage des droits de vote détenus (si applicable) %
4. Est-elle le conjoint d'un médecin détenant des droits de vote dans la société? ☐ Non ☐ Oui
5. Est-elle le parent ou l'allié d'un médecin détenant des droits de vote dans la société? ☐ Non ☐ Oui Précisez le lien de rattachement
6. Exercera-t-elle sa profession au sein de la société? ☐ Non ☐ Oui
7. Est-elle membre de l'ACPM? ☐ Non ☐ Oui Précisez le n° d'adhésion

PERSONNE PHYSIQUE (À compléter seulement lorsqu'une personne physique autre que le membre / répondant joue un rôle dans la société.)

1. **Nom de la personne physique** (Prénom, Nom) :
2. Est-ce que cette personne est membre du CMQ? ☐ Non ☐ Oui
   (Dans l'affirmative, veuillez indiquer son n° permis :)
3. Quel est son statut ou sa fonction au sein de la société ? (Cocher tous les choix applicables)
   ☐ Administrateur ☐ Associé (SENCRL) ☐ Actionnaire (SPA) ☐ Employé ☐ Dirigeant ☐ Autres, précisez :
   Veuillez indiquer le pourcentage des droits de vote détenus (si applicable) : %
4. Est-elle le conjoint d'un médecin détenant des droits de vote dans la société? ☐ Non ☐ Oui
5. Est-elle le parent ou l'allié d'un médecin détenant des droits de vote dans la société? ☐ Non ☐ Oui Précisez le lien de rattachement
6. Exercera-t-elle sa profession au sein de la société? ☐ Non ☐ Oui
7. Est-elle membre de l'ACPM? ☐ Non ☐ Oui Précisez le n° d'adhésion

PERSONNE PHYSIQUE (À compléter seulement lorsqu'une personne physique autre que le membre / répondant joue un rôle dans la société.)

1. **Nom de la personne physique** (Prénom, Nom) :
2. Est-ce que cette personne est membre du CMQ? ☐ Non ☐ Oui
   (Dans l'affirmative, veuillez indiquer son n° permis :)
3. Quel est son statut ou sa fonction au sein de la société ? (Cocher tous les choix applicables)
   ☐ Administrateur ☐ Associé (SENCRL) ☐ Actionnaire (SPA) ☐ Employé ☐ Dirigeant ☐ Autres, précisez :
   Veuillez indiquer le pourcentage des droits de vote détenus (si applicable) : %
4. Est-elle le conjoint d'un médecin détenant des droits de vote dans la société? ☐ Non ☐ Oui
5. Est-elle le parent ou l'allié d'un médecin détenant des droits de vote dans la société? ☐ Non ☐ Oui Précisez le lien de rattachement
6. Exercera-t-elle sa profession au sein de la société? ☐ Non ☐ Oui
7. Est-elle membre de l'ACPM? ☐ Non ☐ Oui Précisez le n° d'adhésion

PERSONNE PHYSIQUE (À compléter seulement lorsqu'une personne physique autre que le membre / répondant joue un rôle dans la société.)

1. **Nom de la personne physique** (Prénom, Nom) :
2. Est-ce que cette personne est membre du CMQ? ☐ Non ☐ Oui
   (Dans l'affirmative, veuillez indiquer son n° permis :)
3. Quel est son statut ou sa fonction au sein de la société ? (Cocher tous les choix applicables)
   ☐ Administrateur ☐ Associé (SENCRL) ☐ Actionnaire (SPA) ☐ Employé ☐ Dirigeant ☐ Autres, précisez :
   Veuillez indiquer le pourcentage des droits de vote détenus (si applicable) : %
4. Est-elle le conjoint d'un médecin détenant des droits de vote dans la société? ☐ Non ☐ Oui
5. Est-elle le parent ou l'allié d'un médecin détenant des droits de vote dans la société? ☐ Non ☐ Oui Précisez le lien de rattachement
6. Exercera-t-elle sa profession au sein de la société? ☐ Non ☐ Oui
7. Est-elle membre de l'ACPM? ☐ Non ☐ Oui Précisez le n° d'adhésion

PERSONNE PHYSIQUE (À compléter seulement lorsqu'une personne physique autre que le membre / répondant joue un rôle dans la société.)

1. **Nom de la personne physique** (Prénom, Nom) :
2. Est-ce que cette personne est membre du CMQ? ☐ Non ☐ Oui
   (Dans l'affirmative, veuillez indiquer son n° permis :)
3. Quel est son statut ou sa fonction au sein de la société ? (Cocher tous les choix applicables)
   ☐ Administrateur ☐ Associé (SENCRL) ☐ Actionnaire (SPA) ☐ Employé ☐ Dirigeant ☐ Autres, précisez :
   Veuillez indiquer le pourcentage des droits de vote détenus (si applicable) : %
4. Est-elle le conjoint d'un médecin détenant des droits de vote dans la société? ☐ Non ☐ Oui
5. Est-elle le parent ou l'allié d'un médecin détenant des droits de vote dans la société? ☐ Non ☐ Oui Précisez le lien de rattachement
6. Exercera-t-elle sa profession au sein de la société? ☐ Non ☐ Oui
7. Est-elle membre de l'ACPM? ☐ Non ☐ Oui Précisez le n° d'adhésion

PERSONNE PHYSIQUE (À compléter seulement lorsqu'une personne physique autre que le membre / répondant joue un rôle dans la société.)

1. **Nom de la personne physique** (Prénom, Nom) :
2. Est-ce que cette personne est membre du CMQ? ☐ Non ☐ Oui
   (Dans l'affirmative, veuillez indiquer son n° permis :)
3. Quel est son statut ou sa fonction au sein de la société ? (Cocher tous les choix applicables)
   ☐ Administrateur ☐ Associé (SENCRL) ☐ Actionnaire (SPA) ☐ Employé ☐ Dirigeant ☐ Autres, précisez :
   Veuillez indiquer le pourcentage des droits de vote détenus (si applicable) : %
4. Est-elle le conjoint d'un médecin détenant des droits de vote dans la société? ☐ Non ☐ Oui
5. Est-elle le parent ou l'allié d'un médecin détenant des droits de vote dans la société? ☐ Non ☐ Oui Précisez le lien de rattachement
6. Exercera-t-elle sa profession au sein de la société? ☐ Non ☐ Oui
7. Est-elle membre de l'ACPM? ☐ Non ☐ Oui Précisez le n° d'adhésion

7 – LISTE OBLIGATOIRE DE TOUTES LES PERSONNES MORALES OU AUTRES ENTREPRISES ASSOCIÉES OU ACTIONNAIRES DANS LA SOCIÉTÉ (Utiliser l'**annexe C** au besoin)

PERSONNE MORALE OU AUTRE ENTREPRISE (À compléter seulement lorsqu'une personne morale ou une entreprise détient des actions ou des parts sociales dans la société.)

1. **Nom ou dénomination sociale :**

2. Forme juridique :

3. N° d'entreprise du Québec (NEQ) :

4. Est-elle associée (SENCRL) ou actionnaire (SPA) dans la société? ☐ Non ☐ Oui
(Veuillez indiquer le pourcentage des droits de vote détenus (si applicable)) : ____ %)

5. **Liste des associés ou actionnaires et des administrateurs**

Vous devez donner la liste de tous les associés ou actionnaires et les administrateurs de la personne morale ou l'entreprise. Lorsque les actions ou les parts sociales de la personne morale ou de l'entreprise sont détenues par une autre entité juridique, veuillez indiquer la dénomination sociale ou le nom de l'entité juridique dans la colonne intitulée « Nom de l'associé, de l'actionnaire ou de l'administrateur » du tableau ci-dessous et compléter l'**annexe C ou D** pour cette autre entité juridique.

Liste des associés ou actionnaires et des administrateurs de la personne morale ou de l'entreprise			
Nom de l'associé, de l'actionnaire ou de l'administrateur	**Implication**	**Membre du Collège des médecins du Québec**	**Lien de rattachement**
Indiquez le nom de la personne physique (Prénom, Nom) ou la dénomination sociale ou le nom de l'entité juridique.	*Cochez la case appropriée et indiquez le pourcentage de droits de vote détenus, si applicable.*	***S'il s'agit d'une personne physique**, indiquez si cette personne est membre de l'Ordre. Dans l'affirmative, inscrivez son n° de permis.*	***S'il s'agit d'une personne physique**, cochez la case appropriée et précisez le lien de rattachement avec le médecin détenant des droits de vote dans la société identifiée à la section 2 de la Déclaration.*
	☐ Associé ☐ Actionnaire ☐ Administrateur Droits de vote détenus : ____ %	☐ Non membre ☐ Membre du CMQ N° permis :	☐ Conjoint ☐ Parent ☐ Allié ☐ Professionnel Lien de rattachement ou profession:
	☐ Associé ☐ Actionnaire ☐ Administrateur Droits de vote détenus : ____ %	☐ Non membre ☐ Membre du CMQ N° permis :	☐ Conjoint ☐ Parent ☐ Allié ☐ Professionnel Lien de rattachement ou profession:
	☐ Associé ☐ Actionnaire ☐ Administrateur Droits de vote détenus : ____ %	☐ Non membre ☐ Membre du CMQ N° permis :	☐ Conjoint ☐ Parent ☐ Allié ☐ Professionnel Lien de rattachement ou profession:
	☐ Associé ☐ Actionnaire ☐ Administrateur Droits de vote détenus : ____ %	☐ Non membre ☐ Membre du CMQ N° permis :	☐ Conjoint ☐ Parent ☐ Allié ☐ Professionnel Lien de rattachement ou profession:
	☐ Associé ☐ Actionnaire ☐ Administrateur Droits de vote détenus : ____ %	☐ Non membre ☐ Membre du CMQ N° permis :	☐ Conjoint ☐ Parent ☐ Allié ☐ Professionnel Lien de rattachement ou profession:

8 – LISTE OBLIGATOIRE DE TOUTES LES FIDUCIES ASSOCIÉES OU ACTIONNAIRES DANS LA SOCIÉTÉ (Utiliser l'**annexe D** au besoin)

FIDUCIE (À compléter seulement lorsqu'une fiducie détient des actions ou des parts sociales dans la société.)

1. **Nom de la fiducie :**

2. Est-elle associée (SENCRL) ou actionnaire (SPA) dans la société? ☐ Non ☐ Oui
(Veuillez indiquer le pourcentage des droits de vote détenus (si applicable)) : ____ %)

3. **Liste des fiduciaires**

Nom du fiduciaire	**Membre du Collège des médecins du Québec**	**Lien de rattachement**
Indiquez le nom de la personne physique (Prénom, Nom) ou la dénomination sociale ou le nom de l'entité juridique.	***S'il s'agit d'une personne physique**, indiquez si cette personne est membre de l'Ordre. Dans l'affirmative, inscrivez son n° de permis.*	***S'il s'agit d'une personne physique**, cochez la case appropriée et précisez le lien de rattachement avec le médecin détenant des droits de vote dans la société identifiée à la section 2 de la Déclaration.*
	☐ Non membre ☐ Membre du CMQ N° permis :	☐ Conjoint ☐ Parent ☐ Allié ☐ Professionnel Lien de rattachement ou profession:
	☐ Non membre ☐ Membre du CMQ N° permis :	☐ Conjoint ☐ Parent ☐ Allié ☐ Professionnel Lien de rattachement ou profession:
	☐ Non membre ☐ Membre du CMQ N° permis :	☐ Conjoint ☐ Parent ☐ Allié ☐ Professionnel Lien de rattachement ou profession:
	☐ Non membre ☐ Membre du CMQ N° permis :	☐ Conjoint ☐ Parent ☐ Allié ☐ Professionnel Lien de rattachement ou profession:
	☐ Non membre ☐ Membre du CMQ N° permis :	☐ Conjoint ☐ Parent ☐ Allié ☐ Professionnel Lien de rattachement ou profession:
	☐ Non membre ☐ Membre du CMQ N° permis :	☐ Conjoint ☐ Parent ☐ Allié ☐ Professionnel Lien de rattachement ou profession:

9 – ATTESTATION D'ASSURANCE EXCÉDENTAIRE (Cocher la case appropriée et joindre, s'il y a lieu, la confirmation écrite exigée)

☐ **La Société est formée d'un seul médecin membre de l'ACPM qui exercera au sein de la société mentionnée à la section 2.**

→ Il faut communiquer avec l'ACPM afin de vérifier si la lettre générale de l'ACPM transmise au Collège est applicable.
→ Si la lettre générale de l'ACPM est applicable, elle équivaut alors à l'attestation d'assurance requise et aucun document n'est à joindre.
→ Si la lettre générale de l'ACPM n'est pas applicable, il faut joindre une copie du document intitulé «Déclaration d'admissibilité de l'ACPM».

☐ **La Société est formée de plusieurs médecins membres de l'ACPM qui exerceront au sein de la société mentionnée à la section 2.**

→ Chaque médecin doit communiquer avec l'ACPM afin d'obtenir une confirmation écrite attestant que la société fait l'objet d'une garantie de responsabilité professionnelle en vertu de la section III du Règlement.
→ Il faut joindre une copie de la confirmation écrite de l'ACPM, c'est-à-dire la «Déclaration d'adminissibilité de l'ACPM», pour chaque médecin qui exercera au sein de la société.

☐ **La société est formée d'un ou de plusieurs médecins non-membre(s) de l'ACPM qui exercera ou exerceront au sein de la société mentionnée à la section 2.**

→ Le ou les médecin(s) doit (doivent) communiquer avec son assureur privé ou toute autre autorité compétente afin d'obtenir une confirmation écrite attestant que la société fait l'objet d'une garantie de responsabilité professionnelle en vertu de la section III du Règlement.
→ Il faut joindre une copie de la confirmation écrite de l'assureur privé ou de toute autre autorité compétente pour chaque médecin qui exercera au sein de la société.

***AVERTISSEMENT** : Conformément au Règlement sur l'exercice de la profession médicale en société, il est de la responsabilité du médecin exerçant sa profession au sein de la société de fournir et de maintenir pour cette dernière une garantie contre la responsabilité qu'elle peut encourir en raison des fautes ou négligences commises par le médecin dans l'exercice de sa profession. Le médecin doit s'assurer de maintenir cette garantie en tout temps ou s'assurer que la société demeure éligible à l'aide de l'ACPM s'il a transmis au Collège une preuve que la société est éligible à cette aide en vertu de l'article 14 du Règlement. La garantie et la confirmation écrite de l'ACPM, de l'assureur privé ou de l'autorité compétente doivent être conformes aux exigences prévues à la section III du Règlement.*

10 – FRAIS EXIGIBLES (Cocher la case et joindre le chèque exigé à la Déclaration)

☐ **Chèque requis au montant de 250,00$ pour chaque médecin du Collège qui exercera au sein de la société.**
(À L'ORDRE DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC)

11 – AUTRES DOCUMENTS REQUIS (Cocher la case appropriée et joindre le(s) document(s) requis à la Déclaration)

☐ **La société est nouvellement constituée et son régime constitutif est la *Loi sur les sociétés par actions*.**

→ Joindre une copie du certificat de constitution émis par le Registraire des entreprises du Québec.

☐ **La société est nouvellement constituée et son régime constitutif est la *Loi canadienne sur les sociétés par actions*.**

→ Joindre une copie du certificat de constitution et du certificat de conformité émis par Industrie Canada.

☐ **La société a déjà été créée à d'autres fins que pour l'exercice de la profession médicale et elle a été modifiée afin de répondre aux conditions et modalités du *Règlement sur l'exercice de la profession médicale en société.***

→ Joindre une copie du certificat d'attestation qui doit être commandé sur le site internet du Registraire des entreprises du Québec. Si ladite société a initialement été créée sous la loi d'une autre province canadienne, joindre aussi une copie de tout document émanant de la province où la société a été créée attestant l'existence de cette dernière.

☐ **La société a été créée sous la loi d'une autre province canadienne.**

→ Joindre une copie du certificat d'attestation qui doit être commandé sur le site internet du Registraire des entreprises du Québec, et une copie de tout document émanant de la province où la société a été créée attestant l'existence de cette dernière.

☐ **La société est une continuation d'une SENC en SENCRL.**

→ Joindre une copie du certificat d'attestation qui doit être commandé sur le site internet du Registraire des entreprises du Québec.

12 – CERTIFICATION, AUTORISATION ÉCRITE IRRÉVOCABLE ET CONFIRMATIONS

Nom du membre / répondant dûment autorisé par la société	**Nom de la société**
Je	Au nom de la société
N^{o}, rue, municipalité, ville, province, code postal et pays	
Domicilié au	

- Atteste que je suis la personne autorisée par la société à signer la présente déclaration, que les renseignements déclarés sont complets, conformes et exacts et que les documents requis accompagnent la présente déclaration.
- Donne le droit aux personnes, comités et tribunal visés à l'article 192 du *Code des professions*, d'exiger de toute personne qui en a la garde la communication et l'obtention d'un document mentionné à l'article 15 du Règlement ou d'une copie d'un tel document.
- Atteste que les actions ou les parts sociales détenues ainsi que les règles d'administration de la société respectent les conditions prévues au *Règlement sur l'exercice de la profession médicale en société*.
- Confirme que les conditions prévues à l'article 1 du *Règlement sur l'exercice de la profession médicale en société* sont respectées, notamment celles prévues au premier alinéa de l'article 1 du Règlement.

Signature :	**Date** :

13 – AIDE-MÉMOIRE (Cocher les cases et s'assurer d'avoir effectué tous les gestes indiqués)

☐ J'ai complété toutes les sections de la Déclaration et je me suis assuré que les renseignements déclarés sont complets, conformes et exacts.	***RETOURNEZ AU :***
☐ J'ai joint les pages 1 à 7 de la Déclaration et les annexes (s'il y a lieu).	***Collège des médecins du Québec***
☐ J'ai joint à la Déclaration la confirmation écrite requise à la section 9 (s'il y a lieu).	***2170, boulevard René-Lévesque Ouest***
☐ J'ai joint à la Déclaration le chèque au montant requis, soit de 250,00$ pour chaque médecin membre du Collège qui exercera au sein de la société.	***Montréal Québec H3H 2T8***
☐ J'ai joint à la déclaration le ou les document(s) requis à la section 11.	***Canada***
☐ J'ai apposé ma signature, la date et les informations demandées à la section 12 de la Déclaration.	***À l'attention du Secrétaire adjoint***

RAPPEL DES ARTICLES 1 ET 15 DU RÈGLEMENT SUR L'EXERCICE DE LA PROFESSION MÉDICALE EN SOCIÉTÉ

Les documents pour lesquels le médecin obtient l'autorisation de la société de les communiquer ou d'en obtenir copie sont les suivants :

*Si le médecin exerce au sein d'une **société par action (SPA)***	*Si le médecin exerce au sein d'une **SOCIÉTÉ EN NOM COLLECTIF À RESPONSABILITÉ LIMITÉE (SENCRL)***
a) le registre complet et à jour des statuts et règlements de la société au sein de laquelle il exerce, des actions de la société et des administrateurs de la société; *b) toute convention entre actionnaires et entente de votes et toute modification afférente;* *c) la déclaration d'immatriculation de la société et sa mise à jour;* *d) le nom des principaux dirigeants de cette société et l'adresse de leur domicile professionnel.*	*a) la déclaration d'immatriculation de la société et sa mise à jour;* *b) le contrat de société et ses modifications;* *c) le registre complet et à jour des associés de la société et, le cas échéant, le registre complet et à jour des administrateurs de cette société;* *d) le nom des principaux dirigeants de cette société et l'adresse de leur domicile professionnel.*

La totalité des droits de vote rattachés aux actions ou aux parts sociales de la société est détenue :

a) soit par au moins 1 médecin;
b) soit par une personne morale, une fiducie ou une autre entreprise dont les droits de vote rattachés aux actions, aux parts sociales ou aux titres de participation sont détenus en totalité par au moins un médecin;
c) soit par une fiducie dont au moins 50% des droits de vote rattachés aux titres de participation est détenu par au moins un médecin et au plus 50% par un seul des professionnels suivants : un administrateur agréé, un avocat, un comptable agréé, un comptable général accrédité, un comptable en management accrédité ou un notaire.
d) soit à la fois par des personnes, fiducies ou entreprises visées aux sous-paragraphes a, b ou c.

Les seules personnes ou entreprises, outre celles visées au paragraphe 1, qui détiennent des actions ou des parts sociales de la société sont :

a) des médecins;
b) le conjoint, des parents ou alliés d'un médecin détenant les droits visés au paragraphe 1;
c) des personnes morales, fiducies ou autres entreprises dont les droits de vote rattachés aux actions, aux parts sociales ou aux titres de participation sont détenus en totalité par des personnes visées aux sous-paragraphes a ou b;
d) une fiducie dont au moins 50% des droits de vote rattachés aux titres de participation est détenu par des personnes visées aux sous-paragraphes a ou b et au plus 50% par un seul des professionnels suivants : un administrateur agréé, un avocat, un comptable agréé, un comptable général accrédité, un comptable en management accrédité ou un notaire;
e) soit à la fois par une personne, une entreprise ou une fiducie visées aux sous-paragraphes a, b, c ou d;

Les seules les administrateurs du conseil d'administration de la société par actions, ainsi que les associés ou les administrateurs nommés par les associés pour gérer les affaires de la société en nom collectif à responsabilité limitée ne peuvent être que des médecins.

COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

ANNEXE A

NOM ET ADRESSE COMPLÈTE DE TOUS LES AUTRES ÉTABLISSEMENTS / PLACES D'AFFAIRES

Nom ou dénomination sociale :			
Adresse			
N° :	**Rue :**		
Municipalité / Ville :	**Province / État :**	**Code postal :**	**Pays :**

Nom ou dénomination sociale :			
Adresse			
N° :	**Rue :**		
Municipalité / Ville :	**Province / État :**	**Code postal :**	**Pays :**

Nom ou dénomination sociale :			
Adresse			
N° :	**Rue :**		
Municipalité / Ville :	**Province / État :**	**Code postal :**	**Pays :**

Nom ou dénomination sociale :			
Adresse			
N° :	**Rue :**		
Municipalité / Ville :	**Province / État :**	**Code postal :**	**Pays :**

Nom ou dénomination sociale :			
Adresse			
N° :	**Rue :**		
Municipalité / Ville :	**Province / État :**	**Code postal :**	**Pays :**

Nom ou dénomination sociale :			
Adresse			
N° :	**Rue :**		
Municipalité / Ville :	**Province / État :**	**Code postal :**	**Pays :**

COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

ANNEXE B

LISTE OBLIGATOIRE DE TOUTES LES <u>PERSONNES PHYSIQUES</u> AYANT UN RÔLE DANS LA SOCIÉTÉ

PERSONNE PHYSIQUE (À compléter seulement lorsqu'une personne physique autre que le membre / répondant joue un rôle dans la société.)

1. **Nom de la personne physique** (Prénom, Nom) :
2. Est-ce que cette personne est membre du CMQ? ☐ Non ☐ Oui
   (Dans l'affirmative, veuillez indiquer son n° permis :)
3. Quel est son statut ou sa fonction au sein de la société ? (Cocher tous les choix applicables)
   ☐ Administrateur ☐ Associé (SENCRL) ☐ Actionnaire (SPA) ☐ Employé ☐ Dirigeant ☐ Autres, précisez :
   Veuillez indiquer le pourcentage des droits de vote détenus (si applicable) : %
4. Est-elle le conjoint d'un médecin détenant des droits de vote dans la société? ☐ Non ☐ Oui
5. Est-elle le parent ou l'allié d'un médecin détenant des droits de vote dans la société? ☐ Non ☐ Oui Précisez le lien de rattachement
6. Exercera-t-elle sa profession au sein de la société? ☐ Non ☐ Oui
7. Est-elle membre de l'ACPM? ☐ Non ☐ Oui Précisez le n° d'adhésion

PERSONNE PHYSIQUE (À compléter seulement lorsqu'une personne physique autre que le membre / répondant joue un rôle dans la société.)

1. **Nom de la personne physique** (Prénom, Nom) :
2. Est-ce que cette personne est membre du CMQ? ☐ Non ☐ Oui
   (Dans l'affirmative, veuillez indiquer son n° permis :)
3. Quel est son statut ou sa fonction au sein de la société ? (Cocher tous les choix applicables)
   ☐ Administrateur ☐ Associé (SENCRL) ☐ Actionnaire (SPA) ☐ Employé ☐ Dirigeant ☐ Autres, précisez :
   Veuillez indiquer le pourcentage des droits de vote détenus (si applicable) : %
4. Est-elle le conjoint d'un médecin détenant des droits de vote dans la société? ☐ Non ☐ Oui
5. Est-elle le parent ou l'allié d'un médecin détenant des droits de vote dans la société? ☐ Non ☐ Oui Précisez le lien de rattachement
6. Exercera-t-elle sa profession au sein de la société? ☐ Non ☐ Oui
7. Est-elle membre de l'ACPM? ☐ Non ☐ Oui Précisez le n° d'adhésion

PERSONNE PHYSIQUE (À compléter seulement lorsqu'une personne physique autre que le membre / répondant joue un rôle dans la société.)

1. **Nom de la personne physique** (Prénom, Nom) :
2. Est-ce que cette personne est membre du CMQ? ☐ Non ☐ Oui
   (Dans l'affirmative, veuillez indiquer son n° permis :)
3. Quel est son statut ou sa fonction au sein de la société ? (Cocher tous les choix applicables)
   ☐ Administrateur ☐ Associé (SENCRL) ☐ Actionnaire (SPA) ☐ Employé ☐ Dirigeant ☐ Autres, précisez :
   Veuillez indiquer le pourcentage des droits de vote détenus (si applicable) : %
4. Est-elle le conjoint d'un médecin détenant des droits de vote dans la société? ☐ Non ☐ Oui
5. Est-elle le parent ou l'allié d'un médecin détenant des droits de vote dans la société? ☐ Non ☐ Oui Précisez le lien de rattachement
6. Exercera-t-elle sa profession au sein de la société? ☐ Non ☐ Oui
7. Est-elle membre de l'ACPM? ☐ Non ☐ Oui Précisez le n° d'adhésion

COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

ANNEXE C

LISTE OBLIGATOIRE DE TOUTES LES PERSONNES MORALES OU AUTRES ENTREPRISES ASSOCIÉES OU ACTIONNAIRES DANS LA SOCIÉTÉ

PERSONNE MORALE OU AUTRE ENTREPRISE (À compléter seulement lorsqu'une personne morale ou autre entreprise détient des actions ou des parts sociales dans la société.)

1. **Nom ou dénomination sociale :**
2. Forme juridique :
3. N° d'entreprise du Québec (NEQ) :
4. Est-elle associée (SENCRL) ou actionnaire (SPA) dans la société? ☐ Non ☐ Oui
   (Veuillez indiquer le pourcentage des droits de vote détenus (si applicable)) : ☐ %)
5. **Liste des associés ou actionnaires et des administrateurs**

Vous devez donner la liste de tous les associés ou actionnaires et les administrateurs de la personne morale ou de l'entreprise. Lorsque les actions ou les parts sociales de la personne morale ou de l'entreprise sont détenues par une autre entité juridique, veuillez indiquer la dénomination sociale ou le nom de l'entité juridique dans la colonne intitulée « Nom de l'associé, de l'actionnaire ou de l'administrateur » du tableau ci-dessous et compléter l'**annexe C ou D** pour cette autre entité juridique.

Liste des associés ou actionnaires et des administrateurs de la personne morale ou de l'entreprise

Nom de l'associé, de l'actionnaire ou de l'administrateur	**Implication**	**Membre du Collège des médecins du Québec**	**Lien de rattachement**
Indiquez le nom de la personne physique (Prénom, Nom) ou la dénomination sociale ou le nom de l'entité juridique.	*Cochez la case appropriée et indiquez le pourcentage de droits de vote détenus, si applicable.*	***S'il s'agit d'une personne physique**, indiquez si cette personne est membre de l'Ordre. Dans l'affirmative, inscrivez son n° de permis.*	***S'il s'agit d'une personne physique**, cochez la case appropriée et précisez le lien de rattachement avec le médecin détenant des droits de vote dans la société identifiée à la section 2 de la Déclaration.*
	☐ Associé ☐ Actionnaire ☐ Administrateur Droits de vote détenus : ☐ %	☐ Non membre ☐ Membre du CMQ N° permis : ☐	☐ Conjoint ☐ Parent ☐ Allié ☐ Professionnel Lien de rattachement ou profession: ☐
	☐ Associé ☐ Actionnaire ☐ Administrateur Droits de vote détenus : ☐ %	☐ Non membre ☐ Membre du CMQ N° permis : ☐	☐ Conjoint ☐ Parent ☐ Allié ☐ Professionnel Lien de rattachement ou profession: ☐
	☐ Associé ☐ Actionnaire ☐ Administrateur Droits de vote détenus : ☐ %	☐ Non membre ☐ Membre du CMQ N° permis : ☐	☐ Conjoint ☐ Parent ☐ Allié ☐ Professionnel Lien de rattachement ou profession: ☐
	☐ Associé ☐ Actionnaire ☐ Administrateur Droits de vote détenus : ☐ %	☐ Non membre ☐ Membre du CMQ N° permis : ☐	☐ Conjoint ☐ Parent ☐ Allié ☐ Professionnel Lien de rattachement ou profession: ☐

COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

ANNEXE D

LISTE OBLIGATOIRE DE TOUTES LES FIDUCIES ASSOCIÉES OU ACTIONNAIRES DANS LA SOCIÉTÉ

FIDUCIE (À compléter seulement lorsqu'une fiducie détient des actions ou des parts sociales dans la société.)

1. **Nom de la fiducie :**

2. Est-elle associée (SENCRL) ou actionnaire (SPA) dans la société? ☐ Non ☐ Oui
   (Veuillez indiquer le pourcentage des droits de vote détenus (si applicable)) : ____ %)
3. **Liste des fiduciaires**

Nom du fiduciaire	**Membre du Collège des médecins du Québec**	**Lien de rattachement**
Indiquez le nom de la personne physique (Prénom, Nom) ou la dénomination sociale ou le nom de l'entité juridique.	***S'il s'agit d'une personne physique**, indiquez si cette personne est membre de l'Ordre. Dans l'affirmative, inscrivez son n° de permis.*	***S'il s'agit d'une personne physique**, cochez la case appropriée et précisez le lien de rattachement avec le médecin détenant des droits de vote dans la société identifiée à la section 2 de la Déclaration.*
	☐ Non membre ☐ Membre du CMQ N° permis :	☐ Conjoint ☐ Parent ☐ Allié ☐ Professionnel Lien de rattachement ou profession:
	☐ Non membre ☐ Membre du CMQ N° permis :	☐ Conjoint ☐ Parent ☐ Allié ☐ Professionnel Lien de rattachement ou profession:
	☐ Non membre ☐ Membre du CMQ N° permis :	☐ Conjoint ☐ Parent ☐ Allié ☐ Professionnel Lien de rattachement ou profession:
	☐ Non membre ☐ Membre du CMQ N° permis :	☐ Conjoint ☐ Parent ☐ Allié ☐ Professionnel Lien de rattachement ou profession:
	☐ Non membre ☐ Membre du CMQ N° permis :	☐ Conjoint ☐ Parent ☐ Allié ☐ Professionnel Lien de rattachement ou profession: